UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901—1902 N° 469

L'ARRACHEMENT CIRCULAIRE DU COL UTÉRIN

Pendant l'Accouchement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mars 1902,

PAR

Louis BOUDREAU

(De Bordeaux)

NOMS DES EXAMINATEURS	MM. CAUBET, ✠, ✪ I,	*Président.*
	BÉZY, ✪ A,	
	AUDEBERT,	*Assesseurs.*
	BAUBY,	

TOULOUSE

IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN

27, ALLÉE DE GARONNE, 27

1902

L'Arrachement Circulaire
DU COL UTÉRIN
PENDANT L'ACCOUCHEMENT

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901—1902 N° 469

L'ARRACHEMENT CIRCULAIRE DU COL UTÉRIN

Pendant l'Accouchement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mars 1902,

PAR

Louis BOUDREAU

(De Bordeaux)

ACAD. LIBRAT. NIKI.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. CAUBET, ✠, I, *Président.*
BÉZY, ✪ A,
AUDEBERT,
BAUBY, *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN

27, ALLÉE DE GARONNE, 27

1902

AVANT-PROPOS

Au moment de publier ce travail, qui doit représenter notre thèse inaugurale, notre regard se détourne vers les quelques années de nos études médicales, en un geste d'adieu, déjà, mais aussi de reconnaissance à l'adresse de l'Université Toulousaine. C'est à une époque pénible de notre carrière studieuse que nos Professeurs de la Faculté des Sciences, bientôt imités par ceux de la Faculté de Médecine, surent appuyer et soutenir notre courage avec une bienveillance qu'il ne nous est pas permis d'oublier. A tous (y a-t-il des exceptions?) nous tenions à rendre ce solennel témoignage de notre gratitude très réelle.

Qu'il nous soit permis de remercier spécialement M. le Professeur Caubet, doyen de la Faculté de Médecine, dont nous avons longtemps fréquenté le service à l'Hôtel-Dieu et qui, après nous avoir maintes fois donné des preuves de bienveillante sympathie, nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

M. le Professeur honoraire Noguès voudra bien agréer les remerciements sincères que nous sommes

INTRODUCTION

Le 28 octobre 1900, à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Toulouse, il nous était donné d'assister à un accouchement caractérisé par le fait suivant : un arrachement complet de toute la portion vaginale du col utérin, arrachement produit par la descente de la tête fœtale dans le canal pelvi-génital ; de telle sorte qu'on vit se détacher des parties maternelles un lambeau sanglant rappelant quelque peu la forme d'une bobèche, le trou central étant représenté par l'orifice cervical externe.

Ce fait, que personnellement nous observions pour la première fois, fut généralement déclaré rare et intéressant, et nous eûmes la curiosité de chercher si, dans la littérature médicale, de semblables accidents avaient été souvent mentionnés. Or, nous avons pu nous rendre compte que les observations de cas analogues étaient fort rares. Innombrables sont les publications de toutes sortes concernant les déchirures du col utérin pendant l'accouchement. Rares sont les travaux qui traitent expressément des déchirures circulaires du col. Mais, très rares, parmi ces déchirures circulaires, sont les cas de destruction com-

montrer à l'orifice vulvaire ; cette masse, latéralement placée, accompagne les mouvements de descente de la tête, ou bien, repoussée en avant, vient tomber entre les jambes de la parturiente. On examine le lambeau sanglant, qui est un morceau de chair aplati et mince, de dimensions voisines de celles de la paume de la main, présentant en son milieu un orifice circulaire. L'objet fait songer à une bobèche irrégulière et dessinée d'une main fantaisiste. On pense aussi que la pièce ainsi expulsée doit être l'obstacle subitement arraché au moment de la descente brusque de la tête fœtale, et on reconnaît dans le trou rond central l'orifice cervical demeuré insuffisant. Le toucher, pratiqué après l'accouchement, fait constater l'existence d'une plaie vaste et circulaire, au niveau des insertions vaginales, et on se prononce définitivement pour un arrachement en masse de la portion vaginale du col utérin.

Cependant, d'une façon plus habituelle, semble-t-il, le lambeau décrit, ne se détache pas complètement de l'utérus : un pédicule plus ou moins large subsiste, que l'on est obligé d'exciser ; ou bien, si l'accident a passé inaperçu, le pédicule se détruit ultérieurement par sphacèle, et la portion arrachée n'est expulsée que plus tard.

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie est ordinairement insignifiante et il n'y a point à déplorer de complications.

Bien entendu, les choses ne se passent pas toujours exactement ainsi que nous venons de les exposer dans

cette sorte d'observation idéale; un symptôme ou un autre peut manquer : le lambeau arraché, notamment, peut n'être pas remarqué, ne pas faire saillie au dehors ou bien être confondu avec des caillots, mais il est difficile que les particularités de l'accouchement et un examen soigneux fait après la délivrance, ne décèlent pas l'accident survenu, malgré la médiocrité signalée et habituelle de l'hémorragie.

Les observations que nous allons rapporter ici, en sus de celle qui nous est quasi-personnelle, ont été choisies par nous comme étant des cas typiques, et nous avons à peu près laissé de côté dans ce travail, un bon nombre d'observations publiées comme cas d'arrachement circulaire plus ou moins incomplets, qui nous ont paru insuffisants pour servir ici de types.

La première de notre petit recueil est celle de Staude, sur un cas de rupture circulaire avec expulsion du col pendant l'accouchement. La communication en fut faite à la *Gesellschaft für Geburtshülfe* de Berlin, dans la séance du 13 juin 1871, et rapportée par le *Beitrage zur Geburtshülfe und Gynakologie*, Berlin 1872.

OBSERVATION I

« Il s'agit d'une primipare de 26 ans qui, pendant son enfance, n'avait rien présenté d'anormal et, depuis son mariage avait eu seulement quelques pertes blan-

ches. Les dernières règles avaient cessé le 19 juillet 1870. La grossesse avait été normale et, le 8 mai seulement, vers 11 heures du soir, une hémorragie se produisit, qui se répéta dans la nuit, mais sans gravité. Comme la malade avait travaillé jusque-là, on lui prescrivit le repos et tout se calma.

« Le 15 mai parurent les douleurs de l'enfantement et l'examen pratiqué alors donna lieu aux constatations suivantes : L'orifice externe n'avait que les dimensions d'une petite pièce d'argent; les bords étaient aigus; la poche des eaux était intacte; la tête se présentait et les petits membres étaient perçus du côté droit..... Les contractions, assez fréquentes, étaient brèves et peu douloureuses. La seule chose dont se plaignait la femme était une sensation de tension et de tiraillement au-dessus de la symphyse... On défend à la malade de pousser, ce qu'elle faisait précédemment sur le conseil de la sage-femme, et elle demeure couchée sur le côté gauche...

« Le 16 mai, à 5 heures du matin, les dimensions de l'orifice ayant atteint celles d'un florin, la poche des eaux se rompt. Après l'écoulement des eaux, les douleurs deviennent plus fortes, ce qui excite la malade à pousser. Vers midi, l'orifice atteint la grandeur d'un thaler. On sent maintenant la petite fontanelle à gauche et en avant. Donc, présentation du sommet en O I G A. Malgré de fortes contractions, l'orifice ne se dilate pas; la lèvre antérieure se gonfle un peu et, comme elle paraît peu extensible, on fait dans l'après-midi, des injections chaudes.

« Un peu avant 6 heures du soir, on avait fait une dernière injection et on avait constaté la même grandeur de l'orifice et la même rigidité du col, lorsque, subitement, après une forte contraction, on trouva l'orifice complètement dilaté, la tête profondément descendue dans le canal et, à droite, apparut une masse molle, sous forme d'un bourrelet violacé, qui accompagnait la descente de la tête...

« Vers 7 heures du soir, la patiente étant d'ailleurs en bon état, l'exploration fit sentir le crâne au-dessus du détroit inférieur et, sur la droite, une masse grande comme la paume de la main, d'une consistance analogue à celle du muscle utérin et qui proéminait entre les grandes lèvres. Dans cette masse, on percevait une fente longitudinale et une autre déchirure remontant vers un point qu'on ne pouvait préciser. Comme on remarqua du méconium, le forceps fut appliqué, en ménageant la masse qui descendait.

« La tête, très volumineuse, fut extraite péniblement, et, lorsqu'elle fut assez descendue pour laisser voir la fontanelle antérieure, la masse sanguinolente, qui suivait la marche de la tête, tomba au dehors.

« L'enfant extrait était un garçon mort, pesant 3.930 grammes...

« ... Le placenta fut facilement amené par pression externe. Il n'y eut pas d'hémorragie et l'état de la malade demeura satisfaisant.

« Au toucher, pratiqué le lendemain, on ne percevait plus ni col ni orifice, mais seulement une cavité continue.

« 14 jours après son accouchement, la malade quitta le lit; mais, devenue enceinte 3 mois et demi après, elle n'aboutit qu'à un avortement, au deuxième mois de cette nouvelle grossesse...

« En novembre 1871, on trouva, à l'examen, les parois du vagin partout unies, mais, à la place du col, un bourrelet présentant de nombreuses encoches et, comme orifice utérin, un trou rond permettant l'introduction du bout du doigt.

« La partie éliminée, circulaire et plate, qui représente toute la portion vaginale, a un diamètre de onze centimètres, une épaisseur de cinq à six millimètres, et possède en son milieu une ouverture ronde à bords lisses, de la grandeur d'un thaler. La surface externe est tapissée d'une muqueuse unie : la face interne porte les ramifications de l'arbre de vie. Au bord de la masse on voit pendre plusieurs longs lambeaux de muqueuse utérine et l'on remarque une déchirure, profonde de trois centimètres, correspondant au côté arraché en dernier lieu. Un examen plus complet démontra que la structure était bien celle de la substance utérine ; la région correspondant aux lèvres de l'orifice, notamment, montrait un tissu presque caverneux, composé principalement de vaisseaux d'énorme calibre et gorgés de sang, et, entre eux, des travées assez minces de tissu conjonctif et musculaire. Dans la région de la déchirure, les parties musculeuses augmentent, tandis que les vaisseaux deviennent plus rares et plus étroits et le tissu conjonctif interfasciculaire moins abondant. D'ail-

leurs, aucune trace de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. »

« Ce qu'il y a de remarquable dans notre cas, » ajoute Staude, « c'est sa grande rareté. Je n'ai pu trouver dans la littérature que deux cas qui soient complètement analogues au mien : ils ont été décrits par Lévy et Scott. » L'auteur les rappelle ainsi qu'il suit :

OBSERVATION II

« Le premier cas concerne une primipare de 35 ans. Après deux jours de douleurs, l'orifice commence à s'ouvrir ; les douleurs deviennent alors moins fortes et les vomissements cessent. Le lendemain, les douleurs reprennent leur intensité, mais l'orifice se dilate peu et, vers le soir, la poche des eaux se rompt. Le soir du quatrième jour, l'orifice atteint un pouce de diamètre et les douleurs deviennent très vives. Puis, brusquement, lors d'une forte contraction, se détache une masse sanguinolente que la sage-femme prend pour un caillot. Immédiatement après, apparaît la tête de l'enfant, puis le tronc, bientôt suivi du délivre. La perte de sang n'est pas considérable et l'état de l'accouchée est relativement bon. Quatorze jours après, elle-même apporte ses soins à une autre accouchée.

« Le morceau détaché se composait de tout le segment inférieur de l'utérus, recouvert de muqueuse vaginale. La pièce représentait une portion de sphère

concave-convexe ayant quatre pouces de diamètre tranversal et trois pouces d'avant en arrière. Au milieu se trouvait l'orifice, dont le diamètre équivalait à un pouce. »

OBSERVATION III

« Le deuxième cas, celui de Scott, est celui d'une primipare de 36 ans, chez laquelle les douleurs avaient débuté avec une grande violence et la poche des eaux s'était rompue de bonne heure. Quatorze heures après le début des douleurs on trouva l'orifice grand comme une demi-couronne. Les bords étaient rigides et les alentours un peu tumefiés. On prescrivit des compresses chaudes et des calmants. Le lendemain matin, on trouva la malade en collapsus ; elle avait eu pendant la nuit la sensation que quelque chose s'était rompu dans son abdomen, puis les douleurs avaient cessé; une hémorragie, des sueurs froides et des vomissements d'un liquide brunâtre étaient survenus.

« En l'examinant, on trouva que l'hémorragie avait été assez considérable et on découvrit dans le lit, entre les jambes de la malade, un morceau arraché de la substance utérine. La tête étant profondément placée dans le bassin, on termina l'accouchement à l'aide du levier. L'enfant vécut et la délivrance s'opéra sans retard. Des phénomènes de péritonite se montrèrent, dont la malade guérit parfaitement. Le lam-

beau expulsé était toute la portion vaginale, avec l'orifice en son milieu. »

M. C. Hauselmann, dans sa thèse *Sur les arrachements circulaires de la portion vaginale pendant l'accouchement*, Berne, 1889, nous fournit l'observation suivante :

OBSERVATION IV

Arrachement du segment cervical inférieur.

« Br. R..., primipare de 41 ans, 1882. Début des douleurs le 14 mars au soir. Arrivée de la sage-femme, le 15, à 10 h. du soir. Le col est effacé et l'orifice est perçu comme une petite dépression. La poche des eaux se rompt le 16, à 5 h. du matin. L'examen fait trouver la tête dans le détroit inférieur; la partie postérieure du segment cervical inférieur très distendue, se déchire; la tête ne tarde pas à passer; il n'y a point d'hémorragie. L'enfant, en état d'asphyxie, ne peut être ranimé. La mère ayant été transportée à la clinique, on trouve, visible à la vulve, une portion du segment cervical inférieur, présentant un orifice perméable pour un doigt; le toucher fait constater, en effet, que ce segment a été arraché circulairement sur les deux tiers de son pourtour; mais il n'y a point de communication entre les voies génitales et la vessie ni le péritoine. Après ligature,

on sectionne la partie qui est encore reliée à l'utérus et on enlève la portion arrachée. C'est un lambeau de 6 centim. de diamètre qui montre l'orifice cervical exactement en son milieu. L'épaisseur des lèvres est environ de 3 cent. Les suites de couches sont normales. Au moment de la sortie de la femme, le toucher fait trouver, à la partie supérieure du vagin, une ouverture qui présente les caractères d'un orifice cervical externe, formant une fente transversale, dans laquelle on peut introduire la phalangette. En avant, une saillie joue le rôle de lèvre antérieure, à surface inégale et rugueuse au toucher. En arrière, il y a aussi une lèvre qui donne la sensation d'une sorte de peigne assez aigu. On ne reconnaît plus la surface de la plaie. Le spéculum décèle les mêmes particularités. On trouve de plus les parois vaginales lisses et tendues vers le col. »

A la séance de la Société anatomique de Paris, du 17 janvier 1890, M Bouffe de Saint-Blaise (alors interne des hôpitaux), présentait une portion du col utérin arrachée par la tête fœtale dans un accouchement de primipare. On avait constaté une rigidité du col ; l'accouchement fut lent, mais sans hémorragie ; les suites furent normales.

Le fragment a la forme d'une portion de sphère, à parois minces de 3 à 4 millimètres, et percé d'un trou large comme une pièce d'argent de cinq francs.

M. Tuffier, qui présidait la séance, se demanda si

l'examen histologique ne pourrait pas éclairer la cause de cet accident (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*. Janvier 1890.)

A la séance du 31 janvier, M. Bouffe de Saint-Blaise donne les détails plus amples qui suivent, au sujet de la pièce qu'il a déjà présentée à la Société.

OBSERVATION V

Arrachement de la portion vaginale du col utérin par la tête fœtale pendant le travail de l'accouchement.

« Cette pièce représente toute la portion vaginale du col utérin arrachée par la tête fœtale, pendant le travail, dans les circonstances suivantes : La nommée E., âgée de 33 ans, primipare, est entrée à la Maternité de Tenon, le 30 décembre, à 10 heures du matin. Elle est enceinte d'environ 9 mois : le travail est commencé depuis 4 heures du matin. Le fœtus se présente par le sommet en G. A. Le sommet est très engagé ; le col est dilaté comme une pièce de de 0 fr. 50 c., mais les lèvres de ce col, surtout l'antérieure, sont épaisses et dures. Les contractions utérines sont irrégulières ; le soir, vers 5 heures, elles deviennent à peu près nulles.

« Le 31, au matin, les douleurs reparaissent régulièrement sans que l'état du col se modifie en rien. La poche des eaux se rompt à 10 heures. A 4 heures du soir, les douleurs sont très violentes ; la dilatation

augmente un peu, mais les lèvres de l'orifice sont dures et rigides, surtout en avant. Le sommet s'abaisse légèrement. Deux heures après, les choses sont dans le même état, sauf que la tête s'abaisse de plus en plus. La portion du col située au-dessus des bords de la dilatation s'amincit considérablement, tendue qu'elle est par la tête ; cette partie est tellement mince, que l'on sent à travers elle les sutures et les fontanelles.

« C'est là que se fera la rupture.

« A 10 heures du soir, la parturiente ressent une douleur plus forte et, malgré mes recommandations, fait de violents efforts d'expulsion ; je vois aussitôt apparaître à la vulve un peu de sang, puis un disque rougeâtre encore retenu à l'utérus par une languette de 6 centimètres de largeur. C'est ce disque que j'ai l'honneur de vous présenter.

« Je me préparai à faire une application de forceps pour délivrer la malade le plus tôt possible, mais elle accoucha spontanément, presque aussitôt. La délivrance est normale et non suivie d'hémorragie.

« Le doigt, introduit dans le vagin de suite après l'accouchement, reconnaît difficilement les limites du vagin et de l'utérus ; cependant, on peut se rendre compte que l'arrachement a été absolument circulaire, et qu'il n'existe aucune rupture remontant plus haut que les attaches du vagin.

« Le lendemain matin, M. Champetier de Ribes pose une pince à longs mors sur la partie encore adhérente et la coupe. La pince est enlevée au bout de

36 heures. On pratique le lavage presque continu du vagin pendant les jours qui suivent. La température s'élève à 38°, le soir, pendant quelques jours ; le septième jour, tout devient normal et les suites de couches sont excellentes.

« Aujourd'hui, la malade est guérie : l'involution utérine est presque terminée. On sent, au fond du vagin, une boutonnière transversale, circonscrite par du tissu utérin. Il n'y a plus de culs-de-sac. A droite, existe un bourrelet très dur qui représente le pédicule qu'il a fallu couper.

« *Examen de la pièce.* — La portion arrachée est un disque presque régulièrement circulaire, de 9 centimètres de diamètre. Les bords, au moment de l'accouchement, étaient réguliers et comme enlevés à l'emporte-pièce. A gauche, on voit la surface de section du pédicule qui a été coupé le matin. Ce pédicule a 6 centimètres.

« Le disque est percé, presque à son centre, d'un orifice qui n'est autre que l'orifice dilaté, tel qu'il était au moment de l'accident. La lèvre supérieure, qui correspond à la lèvre antérieure du col, est beaucoup plus épaisse et plus dure que l'inférieure, qui est transparente à la lumière. Les bords de l'orifice sont irréguliers ; il existe même à la partie droite et inférieure une petite encoche, comme s'il y avait eu un commencement de rupture du col. Enfin, la face supérieure est lisse et brillante, tandis que la face inférieure est tapissée de sa muqueuse irrégulière.

« *Réflexions.* — Le mécanisme de cet arrachement est bien simple ; la tête tendant à s'engager de plus en plus et ne pouvant dilater l'orifice dur et rigide, a poussé devant elle ce qui lui résistait. La rupture s'est faite à l'endroit le plus mince, et régulièrement, parce que la tête, qui est ronde, exerçait une pression exacte et régulière sur tous les points.

« Quoique ce mécanisme soit simple, le cas est assez rare, puisque la sage-femme en chef de la Maternité, M^me^ Henri, ne l'a vu qu'une seule fois. Les déchirures partent généralement de l'orifice du col, se propagent plus ou moins loin. Il est intéressant de remarquer ici que la décapitation de l'utérus s'est faite bien régulièrement au niveau des attaches du vagin, sur tous les points de son étendue. Il faut aussi remarquer l'absence totale d'accidents qui a suivi ce traumatisme.

« Quelle aurait été la conduite à tenir pour éviter ces accidents ?

« Il est bien certain que, dans l'état de tension où se trouvait tout le segment inférieur, la moindre incision du col se serait propagée beaucoup plus haut qu'on ne l'aurait voulu.

« Il me semble que le dilatateur de M. le professeur Tarnier aurait été ici d'une grande utilité, en agissant directement sur l'orifice ; la dilatation aurait été hâtée mécaniquement et peut-être aurait-on pu arriver à une dilatation complète.

« L'examen histologique de la pièce a constaté le parfait état du tissu musculaire de la portion arra-

chée. Il n'avait aucune dégénérescence rendant cette partie moins résistante. »

A la séance de la Société anatomique de Paris, du 14 février 1890, M. Wallich, présente deux observations recueillies dans le service de M. le docteur Porrak, à la Maternité de Lariboisière.

OBSERVATION VI

« Dans l'une ce ces observations, chez une primipare de 36 ans, on a constaté une rupture presque circulaire du col de l'utérus, après quatre-vingts heures de travail, alors que l'orifice n'avait pas dépassé comme dilatation les dimensions d'une pièce de cinq francs. (Le sujet de la deuxième observation est une secondipare qui a accouché après cinquante-huit heures de travail, l'orifice du col a été incisé sur divers points, un fragment compris entre deux incisions a pu être examiné histologiquement.)

« Dans la première observation, le segment du col expulsé devant la tête présente un orifice, l'orifice du col, de quatre centimètres de diamètre ; on mesure trois centimètres de tissu en avant de cet orifice et deux centimètres en arrière. La forme de ce segment est irrégulièrement circulaire. On a donc affaire seulement au col de l'utérus.

« Après durcissement dans l'alcool et inclusion dans

la celloïdine, on a pu faire sur des coupes transversales et longitudinales les constatations suivantes :

« La muqueuse, sur les points où elle est conservée, se montre sous l'aspect d'un épithélium pavimenteux, constitué par une ou deux rangées de cellules. Nulle part la continuité de cet épithélium n'est interrompue par des orifices glandulaires.

« Dans l'épaisseur des tissus, on ne rencontre aucune glande : il y a du sang, des vaisseaux, des fibres musculaires, du tissu conjonctif.

« *Sang.* — Les globules rouges gorgent les vaisseaux et infiltrent toute la préparation, surtout dans la moitié qui correspond à l'orifice.

« A ce niveau, on ne trouve presque que des globules rouges, tassés, ayant refoulé les fibres musculaires qui sont de plus en plus rares à mesure qu'on se rapproche de l'orifice du col.

« Les vaisseaux sont nombreux et pleins de globules ; leur paroi ne présente aucune altération, si ce n'est que, dans certains points, les tuniques sont disséquées par l'infiltration sanguine.

« Les fibres musculaires paraissent normales dans leur texture ; après l'action de l'acide osmique au 1 %, nous n'avons pas rencontré les granulations graisseuses signalées dans les derniers jours de la grossesse, mais il faut tenir compte du séjour assez prolongé de la pièce dans l'alcool. Les fibres musculaires se font de plus en plus rares sur certains points. A mesure qu'on se rapproche de l'orifice du col, elles

sont véritablement dissociées par l'infiltration sanguine, et, dans la partie de la préparation qui se rapproche du niveau de la rupture, par le tissu cellulaire œdématié.

« *Le tissu cellulaire.* — Dans les parties voisines de la rupture, on trouve des fibres et des cellules conjonctives nombreuses. Sur certains points, entre les mailles d'un réseau formé par les fibres musculaires dissociées, on trouve un véritable tissu cellulaire lâche.

« Cette disposition est évidemment due à de l'œdème. Nulle part on ne rencontre du tissu conjonctif dense ni de tissu élastique en quantité suffisante pour répondre à l'idée de rigidité.

« En résumé, le col ne paraît pas altéré dans ses éléments ; il est le siège d'une congestion, d'une infiltration sanguine considérable et d'un œdème très marqué, phénomènes semblant dépendre d'une compression et expliquant très bien les phénomènes consécutifs : résistance de l'orifice congestionné, infiltré par le sang ; rupture au niveau de la partie dissociée dans ses éléments, œdématiée. (Nous avons pu examiner, après durcissement dans l'alcool, les coupes du fragment de col excisé pendant l'opération de l'observation n° 2. La couche muqueuse est formée d'un épithélium pavimenteux, composé de plusieurs couches de cellules aplaties : il n'y a aucune trace de glande. Le tissu de la coupe est constitué par des fibres musculaires coupées longitudinale-

ment et transversalement. Ces fibres sont très nombreuses, très serrées, et ne paraissent pas altérées ; le tissu conjonctif est peu abondant, peu évident ; les vaisseaux ne sont pas congestionnés. Le tissu ne semble être le siège d'altérations, ni de congestion, ni d'infiltration sanguine, ni d'œdème.)

« *Réflexions.* — Des faits précédents, on peut tirer les conclusions suivantes :

« Dans deux cas où la dilatation du col de l'utérus ne s'est pas effectuée complètement pendant le travail, et pouvant rentrer à première vue dans la catégorie des cas de rigidité dite anatomique du col, l'examen a démontré que le col de l'utérus n'était pas le siège d'altération essentielle ou primitive, l'infiltration sanguine et l'œdème s'étant développés secondairement dans l'observation n° 1, probablement par compression prolongée de la tête engagée. »

Voici enfin le cas qu'il nous a été permis d'observer à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Toulouse.

La relation complète nous en a été communiquée par M. le professeur agrégé Audebert, qui dirigeait alors le service et qui dut terminer l'accouchement par une application de forceps, ainsi qu'on va le voir.

OBSERVATION VII

Rupture précoce des membranes. Œdème consécutif du col. Arrachement complet de la portion vaginale.

Le 25 octobre 1900, à 10 heures du soir, arrive à la salle de travail de la clinique, la nommée X..., âgée de 26 ans, primipare. Elle a souffert depuis deux jours et a perdu un peu de sang. Les dernières règles datent du 3 janvier ; les mouvements actifs ont été perçus au commencement de mai. Le squelette est normal, l'abdomen normalement développé. La tête est amorcée au détroit supérieur et fléchie, le siège au fond de l'utérus, le dos à gauche et en avant, les petits membres à droite et en arrière. Le maximum des bruits du cœur fœtal est à gauche. On a noté les jours précédents la sensation de dureté que donne le col utérin. L'orifice présente actuellement une dilatation de 1^{cm}. La poche des eaux est intacte. On sent des caillots qui s'effritent sous le doigt. La femme perd de nombreuses glaires sanguinolentes et même un peu de sang.

Le 26, à 2 heures du matin, l'orifice a une dilatation de 3^{cm}. A 3 heures du soir, la poche des eaux se rompt.

A 4 heures, le col présente de l'œdème sur tout son pourtour, principalement dans la portion antéro-latérale droite ; il est très épais et rigide. On donne des injections chaudes toutes les 2 heures. A 7 heu-

res du soir, l'œdème est très-accentué ; on donne un bain de siège (la grande baignoire du service étant en réparation). La température est à 36°8. A 10 heures du soir, pas de dilatation, le col est toujours rigide, l'œdème accentué, les contractions très-violentes. On essaie de repousser la tête qui comprime fortement le col en avant. Cette manœuvre est impossible. La femme a, durant toute la nuit, de violentes contractions.

Le 27, à 8 heures du matin, le col est toujours rigide : l'œdème a augmenté et envahit tout le segment inférieur surtout en avant. Les injections chaudes sont données toutes les heures. La température est à 37°. A 10 heures, la lèvre antérieure forme comme un bourrelet de la grosseur d'une noix. La bosse séro-sanguine est considérable. A 3 heures du soir, on donne un grand bain qui paraît soulager la parturiente ; les contractions sont moins violentes. On donne un lavement pour évacuer l'intestin et on sonde la vessie. A 6 heures, rinçage du vagin et nouveau sondage. On place la femme dans la position obstétricale, on applique une valve en arrière et l'on fait un tamponnement vaginal avec de la gaze stérilisée. Température 37° 2.

Le 28, à 8 heures du matin, on retire le tampon : sa sortie n'est pas douloureuse. On remarque, en avant et à droite, le bourrelet, très-volumineux, noirâtre, appliqué fortement sur la tête fœtale. En arrière il semble que la dilatation soit complète car le doigt suit très-bien le pourtour de la tête fœtale.

Température 37°. Les contractions ont été intenses toute la nuit. La femme est épuisée. Pouls rapide : 120. Lèvres sèches ; dents fuligineuses. Tympanisme intestinal recouvrant l'utérus et faisant croire à la physométrie. On n'entend plus le cœur fœtal.

A 10 heures du matin, M. Audebert fait une application de forceps. La tête apparaît à la vulve, accompagnée à droite et en avant d'un lambeau de col pincé par la branche droite. On désarticule l'instrument et on pratique l'extraction du fœtus, facilement ranimé ; après quoi on trouve, pendant à l'intérieur du vagin, un lambeau sphacélé que l'on sectionne à sa partie supérieure. Délivrance artificielle : rétention d'une petite portion du chorion ; injection intra-utérine, soins antiseptiques, tamponnement vaginal avec de la gaze stérilisée. Pas d'hémorragie. Température, 37°.

On administre du champagne, du bouillon, du lait.

Le 29 au matin, on enlève sans difficulté le tamponnement. Température 37° 3. Une injection vaginale chaude ramène quelques débris. Nouveau tamponnement. Potion de Todd, bouillon, café. Le soir, température 37° 9. A 11 heures, on enlève le tamponnement, on rince le vagin et on nettoie l'utérus avec des bourdonnets de coton trempés dans le sublimé et tenus au bout d'une pince : on ramène de nouveaux débris. On sèche la cavité utérine et vaginale avec de la gaze stérilisée et on laisse une mèche médiocrement serrée dans le vagin. On administre 0 gr. 50 de quinine.

Le 30, à 2 heures du matin, température 37° 5 ;

plus tard, 37° 9. Grand lavement à l'eau boriquée. Injection vaginale ; on déterge l'utérus et le vagin avec de la gaze stérilisée, qui ne ramène plus de débris sphacélés. Léger tamponnement. Température 38° 2, à 2 heures du soir.

Le 31, à 2 heures du matin, injection intra-utérine et nettoyage de la cavité utérine et vaginale. Température, 38°. Grand lavement. A 8 heures du matin, température 38° 3. Lochies légèrement odorantes. M. Audebert pratique le curettage et l'écouvillonnage de la cavité utérine. Le soir, température 38° 5. La femme ayant présenté dès avant son accouchement une bartholinite gauche, on maintient constamment à ce niveau des compresses humides au sublimé.

Le 1er novembre, injection intra-utérine, tamponnement léger. La température est, le matin, de 38° 5 ; le soir, de 38°. On administre : Potion de Todd, quinquina, champagne, lait, bouillon. Le 2, la température varie de 37° à 37° 2, entre le matin et le soir ; elle est normale dès le 5 novembre.

Enfin, le 17 novembre, la femme quitte la clinique en bon état.

L'enfant qui pesait 3,230 au moment de la naissance, était en bon état. On dut le mettre à l'allaitement artificiel, la montée du lait ne s'étant pas produite chez la mère. Après avoir perdu assez rapidement de son poids durant les quatre premiers jours, il reprit ensuite graduellement et partit avec sa mère en bon état, accusant un poids de 3,250.

Le lambeau arraché au moment de l'accouchement

et retenu seulement par un petit pont qui fut sectionné aux ciseaux, était la portion vaginale du col, déchirée circulairement. Il est intéressant de noter que le col a cédé en arrière où il n'y avait pas d'œdème, et que l'adhérence s'était conservée dans la partie antérieure.

La pièce détachée, grande comme la paume d'une petite main, a une épaisseur variable de 2 à 5^{mm} et présente en son milieu une ouverture vaguement circulaire de 3^{cm} de diamètre. (Voir la figure.)

CHAPITRE II

Pathogénie

La pathogénie des arrachements circulaires pourrait se résumer en deux mots : l'orifice ne se dilate pas et le col est emporté en bloc.

Moins laconiquement, Staude dit : « Le véritable orifice ne se dilatant pas, une déchirure se produit un peu plus haut, puis la solution de contimité suit le parcours des fibres musculaires et peut se prolonger au point de produire un arrachement circulaire complet de la portion vaginale. L'enfant passe alors à travers la déchirure au lieu de passer par l'orifice. »

Remarquons tout de suite que l'enfant se présente toujours par le sommet. Du moins n'avons-nous pas trouvé d'exception à cette règle. « On conçoit, dit M. Hauselmann, qu'en raison de sa forme et de sa consistance, la tête est de toutes les parties fœtales la plus apte à comprimer, contre les parties osseuses, le segment cervical insuffisamment dilaté, ou une seule lèvre, de sorte qu'il y a déchirure par compression partielle ou totale. On sait aussi qu'une com-

pression passagère est moins dangereuse que celle qui se prolonge, alors même que celle-ci est plus faible. »

Mais si cette compression prolongée résulte de la non-dilatation, qu'est-ce qui explique cet état stationnaire de la dilatation orificielle ?

« Il n'existe pas, dit le docteur Coriveaud, dans sa thèse sur les déchirures du col (Bordeaux 1899), de théorie bien fondée pour expliquer l'étiologie des lacérations du col, en dehors de la primiparité, des poussées intempestives, des modifications du col survenant au cours du travail et de l'emploi inconsidéré de l'ergot de seigle. »

Une théorie assez nette cependant, et suffisamment documentée, des déchirures en général et des ruptures circulaires en particulier, s'édifie au moyen des facteurs ci-dessus mentionnés, auxquels nous ajoutons quelques matériaux.

Les poussées intempestives et trop violentes peuvent être un facteur important, mais sont souvent remplacées par les poussées indéfiniment répétées d'un travail démesurément prolongé. Quelles qu'elles soient, ces poussées surviennent et agissent sur un col fâcheusement prédisposé, soit par l'état de primiparité, et surtout par l'âge relativement élevé de la primipare, soit par les modifications produites au cours d'un travail trop lent. Le plus souvent, primiparité et longueur du travail sont associées et préparent ensemble les divers tissus du col à la segmentation plus ou moins complète.

Mais en quoi consiste cette préparation?

Commençons par la primiparité, et observons, d'abord, que cette condition, sans être indispensable, est fort importante dans l'étiologie des ruptures cervicales. M. le docteur Wallich n'était pas de cet avis lorsqu'il faisait, en 1893 (*Annales de la Société obstétricale de France,* 5 avril 1893), cette remarque qui nous a surpris : « Le plus souvent, les femmes chez qui survient cet accident sont... des multipares n'ayant pas eu de distocie au niveau du col dans leurs accouchements antérieurs. » Ce n'est point là ce qui ressort des diverses statistiques. La grande fréquence de l'accident chez les primipares et surtout chez les primipares âgées est déjà mentionnée par Staude en 1871 *(Beitrage zur Gebutshülfe und Gynakologie,* Berlin, 1872).

Le docteur Hauselmann, dans sa thèse (Berne 1889), sur 21 cas d'arrachement circulaire, recueillis par lui, note 17 primipares, soit une proportion de 80,9/100. L'observation du docteur Bouffe de Saint-Blaise (*Société anatomique de Paris,* janvier 1900), les diverses observations que nous rapportons, en somme, jusqu'à celle même de M. Wallich, confirment cette prédisposition généralement reconnue. Il y a donc manifestement une relation entre primiparité et non-dilatabilité de l'orifice.

Nous nous trouvons ainsi en présence de « ce qu'on appelait autrefois la rigidité anatomique du col », dit M. Coriveaud. Mais le même auteur remarque immédiatement : « Le docteur Wallich par ses examens

microscopiques en 1890 et le professeur agrégé Fieux (Bordeaux), par ses recherches anatomiques en 1897, ont démontré que ces rigidités n'existaient pas. »

Il s'agit ici de s'entendre. Il est certain, et là-dessus nos recherches personnelles ne font que confirmer les résultats des travaux antérieurs, il est bien avéré, dis-je, que l'examen microscopique ne décèle chez les primipares aucune raison anatomique d'une rigidité spéciale du col. Cependant cette rigidité est cliniquement constatée. « Il faut donc admettre, dirons-nous avec M. Hauselmann, quelques modifications des tissus, que nous ne savons pas reconnaître par suite de méthodes insuffisantes. Il en est exactement de même que dans les déchirures du périnée. Point n'est besoin d'une véritable transformation pathologique du tissu normal; il suffit que l'élasticité soit diminuée par l'âge », ou bien qu'elle soit congénitalement insuffisante, ajouterons-nous, visant les cas exceptionnels de primipares très jeunes mentionnés par M. Doléris (Arch. de tocologie, 1885). Il faut encore dire que chez des primipares dont le col est doué même d'une élasticité normale, cette élasticité, n'ayant pas encore été exercée et mise en jeu, peut être, pour ainsi dire, surprise et mise en défaut par des poussées intempestives ou immodérées.

Quoi qu'il en soit, « les ruptures spontanées de la portion vaginale, observe Staude, sont toujours déterminées par des causes qui empêchent la dilatation de l'orifice ».

Mais si la primiparité, surtout jointe à l'âge plus

ou moins avancé de la parturiente, comporte une prédisposition à la non-dilatabilité et, par suite, à la lacération du col, une préparation plus immédiate se fait, au cours du travail, dans le tissu cervical.

Nous avons vu, dans les cas cités, que la tête se présente et que la poche des eaux se rompt d'une façon au moins précoce. Cette partie dure, qui est la tête fœtale, privée alors du coussin moelleux qui devait à la fois atténuer et régulariser son action compressive, vient appuyer directement sur le col et le presser contre les parties dures du bassin. Alors commence la double action de deux forces, qui s'accentuent l'une l'autre, et concourent ensemble à la détérioration, pouvons-nous dire, du tissu cervical. Lenteur du travail et pression de la tête entrent en jeu et se donnent réciproquement une croissante et fâcheuse importance.

Par suite de la faible dilatabilité du col, plus haut mentionnée, la lenteur du travail s'installe — qu'on nous pardonne cette expression — et se manifeste la première. Mais alors se prolonge aussi cette compression de toute une région cervicale sous la tête fœtale agissant comme marteau, les parties dures du bassin servant d'enclume. Et cette compression réagit maintenant sur sa cause occasionnelle, car au-dessous des parties comprimées se produit l'œdème, sous forme d'un bourrelet orificiel plus ou moins saillant, plus ou moins régulier, mais apportant au tissu infiltré une nouvelle cause d'inextensibilité, de rigidité toujours croissante. Ainsi l'œdème ralentit le

travail et la compression prolongée exagère l'œdème. L'obstacle ne fait que s'accroître, sa résistance deviendra décisive et cependant les contractions utérines s'accentuent. Quelle issue peut-on prévoir? Si le bourrelet orificiel est irrégulier, il se déchirera en ses points faibles ; s'il est suffisamment régulier et uniformément résistant, il sera emporté en bloc par la tête qui descend.

Il sera emporté, disons-nous, et la rupture se produira au niveau des points comprimés, car c'est là que la résistance du tissu cervical est diminuée.

Dans certains cas, le *processus* serait différent, puisque Arneth, mentionné par Staude, trouva à la suite de ruptures spontanées du segment inférieur, alors qu'il n'y avait ni rétrécissement du bassin, ni compression, ni durée anormale du travail, un développement notable de la musculature du corps et du fond de l'utérus, dont les contractions n'étaient pas proportionnées à la résistance du segment inférieur.

Il faut dire aussi les méfaits de l'ergot de seigle. L'avertissement du professeur Pajot revient naturellement sous notre plume : « Tant que l'utérus contient quelque chose, ne donnez jamais l'ergot de seigle. »

« C'est pour n'avoir pas suivi ce conseil, observe M. Coriveaud, qu'un certain nombre d'accoucheurs se sont trouvés, par leur faute, en présence d'un utérus tétanisé en quelque sorte qui, au lieu d'expulser son produit, cédait sur un point de sa surface; heureux encore quand la rupture se limitait au col et à

ses parties avoisinantes en respectant le corps et surtout son enveloppe péritonéale »

Le cas de Power, cité par M. Hauselmann, dans sa thèse, vient bien à l'appui de cette opinion.

« Une exception intéressante à toutes nos observations, dit M. Hauselmann, est celle de Power, prise dans la clientèle de M. C... Il y est dit expressément que la malade était une jeune primipare... Mais comme le bassin était normal, C. . cherchait la cause de la rigidité de l'orifice du côté des douleurs insuffisantes et prescrivit de l'ergot (5 grammes chaque demi-heure !). Avec de si fortes doses, il est probable que l'utérus présente des contractions morbides qui peuvent amener une rigidité spasmodique de l'orifice, cause ordinaire de la lenteur du travail. Cette contraction ou rigidité anormale s'observe plus souvent chez les primipares que chez les multipares, chez qui les accouchements antérieurs ou les déchirures ont vaincu la résistance de cette musculature circulaire. Ainsi la contraction trop forte et spasmodique nuit à la dilatation normale et provoque l'arrachement circulaire du col. »

C'est d'ailleurs ainsi que s'est terminé l'accouchement cité.

Mais parmi les diverses causes invoquées pour expliquer les divers cas d'arrachement cervical, il ne faut pas attacher trop d'importance à celles tirées de la conformation du bassin ou du volume de l'enfant. La plupart du temps le bassin est normal : il l'était dans toutes les observations que nous avons appor-

tées. Quant au volume de l'enfant ou du moins de la tête fœtale, nous n'avons eu à le noter que dans le cas de Staude.

La déviation de l'orifice par rapport à la direction du canal pelvien ne paraît pas non plus devoir conserver l'importance étiologique que certains auraient voulu lui donner. Si le col est normal et n'a pas d'autres raisons pour demeurer rigide, il est ramené dans la direction de la filière par les contractions du travail, ainsi que le remarque fort justement M. Hauselmann.

Il demeure, malgré tout, de singulières prédispositions aux déchirures cervicales et toutes les raisons n'en ont pas encore été données.

La question se montre mystérieuse, surtout dans les cas si curieux de déchirures congénitales. Heil mentionne trois observations de nullipares, chez qui le col utérin paraissait avoir été lacéré comme par des accouchements antérieurs. Dans un cas même, la lésion simulée s'étendait jusqu'au *paramétrium*. (*Cent für Gyn.* 1898.)

A ce propos on voudra bien nous permettre de rapporter ici un fait emprunté aux annales de l'art vétérinaire. A titre de curiosité, le cas vaut bien qu'on le cite lorsqu'on parle de séparation complète du col utérin, de prédisposition à la rupture et de lacérations congénitales.

Nous le trouvons exposé par M. Barrier, d'Alfort,

à la Société de Biologie de Paris, dans la séance du 9 mai 1885.

« Il s'agit d'une parturition anormale consécutive à une rupture complète et ancienne du col utérin chez une brebis. L'expulsion spontanée du fœtus se fit à travers les parois du ventre. On put constater chez la mère une rupture complète de la matrice, portant sur la partie moyenne du col et survenue après la fécondation, manifestement. Mais aucun renseignement ne put être recueilli sur la cause qui avait provoqué cette rupture et l'examen minutieux des divers organes pelviens n'a rien révélé de particulier.

« Voici cependant comment s'est préparée l'expulsion anormale du fœtus. Une fois séparée du vagin, la matrice pleine est tombée dans la cavité abdominale, son corps est venu se greffer sur la paroi inférieure du ventre dans la région de l'ombilic... Quant au contenu de l'utérus, il est resté dans sa cavité normale de réception... Enfin, pendant les derniers temps de la gestation, un travail ulcérateur s'est établi qui a fini par mettre en communication avec l'extérieur la cavité utérine au niveau du point où elle s'était greffée sur la paroi abdominale. Alors est survenu l'œdème chaud de la région ombilicale, puis l'escarrification de la peau, la plaie et l'ouverture ombilicale, qui a permis la mise-bas. »

Il ne s'agit pas ici d'un cas d'arrachement du col analogue à ceux que nous étudions et provoqué par le passage d'une partie fœtale; nous l'avons cité néanmoins à propos de cette prédisposition aux dé-

chirures que présentent certains cols utérins, prédisposition congénitale ou acquise qui fait que les uns se trouvent lacérés indépendamment de toute parturition ou même de toute grossesse et que les autres, à l'occasion du travail de l'accouchement, se laissent arracher totalement.

Nous rappellerons encore ici une communication faite à la Société Obstétricale de France (septième session, 1899), par le docteur Payrau, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Toulouse. Cette observation, que nous résumons un peu, détaille, d'une façon intéressante, le processus de certaines déchirures circulaires incomplètes.

C'est un cas de « déchirure étendue de la partie antéro-latérale droite du col, produite pendant le travail. »

« Il s'agit d'une secondipare, âgée de 26 ans... Dernières règles du 26 mars au 2 avril 1898. Elle affirme être devenue enceinte le 27 avril. Les premiers mouvements actifs ont été perçus vers le 6 août... Entrée à la Clinique le 6 janvier 1899. L'abdomen est bien développé, le squelette est normal. L'utérus remonte à quatre travers de doigts, au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le siège est dans la fosse iliaque gauche; le dos transversalement dirigé en avant... Léger excès du liquide amniotique.

« Le vagin est ramolli, l'excavation vide, le col a encore toute sa longueur, il est mou, assez épais et

admet facilement la pulpe du doigt ; il est fermé à son orifice interne. Le bassin est normal.

« Le 14 janvier, à minuit cinq, la parturiente éprouve les premières douleurs. Quand nous l'avons examinée, le matin à 8 heures, le fœtus se présentait par le siège en S. I. G. A. L'orifice utérin avait une dilatation de 5 centimètres environ, les bords souples, dilatables, présentant les caractères et l'épaisseur du col d'une multipare. Pas de région fœtale engagée. La poche des eaux est très volumineuse.

« A 9 heures 30, à la suite de grands mouvements actifs perçus par la mère, le fœtus se présente par le sommet en O. I. D. P. Il y a donc eu une mutation de présentation pendant la période de dilatation... Quelques minutes après, la poche des eaux se rompt spontanément... Au toucher pratiqué immédiatement, on constate que la tête occupe la partie moyenne de l'excavation. La suture sagittale, dirigée selon le diamètre oblique gauche, est à égale distance des parois antérieures et postérieures du bassin, mais le doigt ne peut arriver à sentir la fontanelle postérieure ; en avant et à gauche il arrive sur la fontanelle antérieure. La tête n'est donc pas très bien fléchie ; de plus, elle appuie mal sur le bord de l'orifice, maintenant plus épais, mais souple, et dont la dilatation ne mesure encore que 5 centimètres.

« Les contractions utérines, assez énergiques, se succèdent à intervalles réguliers... Cependant la dilatatation ne progresse pas ; il se forme une bosse séro-sanguine volumineuse et les bords de l'orifice de-

viennent rigides, la lèvre antérieure est œdématiée.

« Comme l'utérus est fortement incliné à droite, nous nous abstenons de toute intervention active pour vaincre la résistance du col et nous conseillons simplement à la femme de se coucher sur le côté gauche pour donner une meilleure orientation à la partie fœtale.

« A 6 heures du soir, la tête plonge profondément dans l'excavation ; elle est assez bien fléchie, le doigt arrive facilement sur la fontanelle postérieure. On n'atteint plus les bords de l'orifice en arrière, mais en avant et sur les côtés on perçoit la lèvre antérieure fortement bridée par la partie fœtale ; elle est toujours très œdématiée, surtout sur la ligne médiane. En ce point et sur la face externe, on perçoit un petit tubercule de consistance assez ferme ; à la droite de ce dernier, la lèvre antérieure est plus mince, plus tendue, et donne au doigt la sensation d'une véritable encoche, déchirure probable d'un accouchement antérieur.

« A ce moment les douleurs deviennent expultrices ; la malade fait des efforts involontaires et l'on voit apparaître à la vulve un large lambeau de col très congestionné, violacé, noirâtre, qu'il est impossible de refouler, car il est fortement comprimé entre la tête d'une part, et la face postérieure de la symphyse, d'autre part ; on se contente de le soulever pendant les contractions utérines. La tête termine sa rotation et le dégagement se fait normalement ; celui des épaules s'est effectué obliquement...

« Délivrance naturelle, 35 minutes après...

« Le lambeau de col noirâtre pend de 5 centimètres environ en dehors des grandes lèves... Nous plaçons une pince à forcipressure obliquement sur la base d'implantation du lambeau de col que nous excisons au bistouri. Pas d'hémorragie ; pansement cervico-vaginal à la gaze iodoformée.....

« La malade a quitté la Clinique en bon état le dixième jour ; l'enfant pesait 3,230 grammes. A ce moment, le museau de tanche n'était plus constitué que par un moignon postéro-latéral, le doigt en suivant la paroi antérieure du vagin passait directement dans la cavité cervicale.

« Le lambeau de col expulsé mesure 12 centimètres sur sa plus grande longueur, prise du côté du bord libre du col, 3 cent. 1/2 de largeur en moyenne et 1/2 à 1 centimètre d'épaisseur. Il est de couleur livide violacée et présente à sa face externe près du bord droit, une petite tumeur noirâtre plus ferme, de la grosseur de l'extrémité du petit doigt. On remarque à l'une de ses extrémités l'esquisse de l'encoche constatée au toucher et qui a été le point de départ de la déchirure.

« L'examen histologique en a été pratiqué par M. le Professeur Tourneux qui nous a communiqué la note suivante :

« Le tissu de la lèvre du col est entièrement né-
« crosé et infiltré de sang. Les tubercules du bord
« libre de la lèvre sont dus à des suffusions sangui-
« nes sous-épithéliales. »

« Tel est le fait clinique qui nous a paru digne d'être rapporté. Voici maintenant comment nous croyons devoir expliquer le mécanisme de cette déchirure spontanée :

« 1° Sous l'influence d'une mauvaise orientation de la partie fœtale, la lèvre antérieure du col s'est trouvée comprimée entre la tête et les parois osseuses du bassin, qui ne présentaient cependant aucune saillie, aucune crête tranchante.

« 2° Les tissus ainsi comprimés se sont œdématiés, infiltrés, et sont devenus le siège de suffusions sanguines, autant de causes qui en ont modifié les propriétés physiologiques.

« 3° En outre, les bords de l'orifice qui formaient un anneau dur, rigide, présentaient, à droite du tubercule que nous avons mentionné, une portion plus mince, plus tendue, sorte d'encoche, (cicatrice probable de la grossesse antérieure) qui semblait toute indiquée pour amorcer la déchirure.

« En effet, sous l'influence des contractions utérines, la tête, après s'être fléchie, a entraîné dans sa descente la lèvre antérieure qui a cédé en ce point. Voilà l'amorce verticale. Puis, en exécutant son mouvement de rotation interne très étendu de droite à gauche, elle a désinséré cette lèvre parrallèlement aux insertions vaginales, et cela d'autant plus facilement que les tissus étaient déjà tout préparés..... »

En somme, l'explication anatomo-pathologique est assez uniforme chez tous les auteurs qui ont pratiqué l'examen histologique des lambeaux cervicaux arrachés. Benicke invoquait en vain, tantôt la dégénérescence atrophique, tantôt l'hypertrophie des tissus. Aucune lésion ni anomalie anatomique n'a pu être encore observée ; il n'y a d'altération qu'accidentelle et secondaire. C'est un état, dit M. Wallich, « dépendant, non du col lui-même, mais d'un trouble dans l'action des agents dilatateurs... Troubles dans la circulation du col, congestion, hémorragie, infiltrations... ce sont là des phénomènes secondaires. »

« Histologiquement, dit encore M. Wallich, dans sa communication du 5 avril 1893, à la Société Obstétricale de France, le col était infiltré, farci de sang, tous ses faisceaux et ses fibres musculaires dissociés, disséqués... L'œdème, infiltration séreuse, avait aussi disséqué, dissocié les éléments nobles du col, les fibres musculaires. Celles-ci n'étaient le siège d'aucune altération et, en dehors de l'infiltration et de l'œdème, nous n'avons trouvé aucune lésion.

« Les globules rouges gorgent les vaisseaux et infiltrent toute la préparation... Fibres musculaires normales... tissu cellulaire œdématié », dit ailleurs le même auteur ». En résumé, le col ne paraît pas altéré dans ses éléments : il est le siège d'une congestion, d'une infiltration sanguine considérable et d'un œdème très marqué, phénomènes semblant dépendre d'une compression... »

(Voir l'examen détaillé dans l'observation VI).

Staude et Bouffe de Saint-Blaise avaient fait des remarques analogues. « L'examen, dit Staude, démontre que la structure du col éliminé était bien celle de la substance utérine... les vaisseaux étaient d'énorme calibre et gorgés de sang ; entre eux, des travées assez minces de tissu conjonctif et musculaire... D'ailleurs aucune trace de dégénérescence des fibres. »

« L'examen histologique, dit Bouffe de Saint-Blaise, a constaté le parfait état du tissu musculaire : aucune dégénérescence ne rendait cette partie moins résistante.»

« Dans aucun cas, dit M. Hauselmann, l'examen microscopique du lambeau arraché n'a montré de modification pathologique. »

Enfin, l'examen histologique que nous avons pratiqué sur le col arraché dans l'accouchement de notre observation VII, n'est, dans l'ensemble, qu'une confirmation des examens antérieurs.

Aucune trace de dégénérescence des fibres musculaires ; le tissu est entièrement normal. Le tissu conjonctif est normal aussi, mais se trouve pour ainsi dire dissocié, de place en place, par une énorme infiltration œdèmateuse. Dans un très grand nombre de points, on observe de l'infiltration sanguine ou leucocytaire. Les capillaires sanguins sont très dilatés, gorgés de sang. L'infiltration œdèmateuse est presque générale, légère dans l'ensemble, mais très considérable en certains points. L'infiltration sanguine, irrégulière, s'observe même à la périphérie et occupe

des points voisins de la rupture. Sur ce détail seulement, notre examen diffère un peu de ceux que nous avons rapportés ; car Staude et Wallich trouvent une infiltration sanguine plus considérable dans la région centrale, c'est-à-dire autour de l'orifice (voir les observations), tandis que nous l'avons trouvée plus irrégulièrement disséminée.

Notre technique a été la suivante : La pièce était conservée dans l'alcool depuis plusieurs mois ; la fixation n'était pas parfaite dans tous les points. Nous avons prélevé onze fragments en des points disséminés, tant à la périphérie qu'au centre et dans l'épaisseur de la pièce. En outre, quatre lanières intéressant toute l'épaisseur et toute la largeur de l'organe, de l'orifice cervical jusqu'à la zone d'arrachement, ont été découpées dans les parties les mieux conservées. L'inclusion à la paraffine a été pratiquée après les passages habituels dans l'alcool absolu et, soit dans le toluène, soit dans l'acétone. Les coupes ont été faites au microtome de Minot à 1/150 de m. m. d'épaisseur. Elles ont été colorées à l'hémalun et à l'éosine et montées au baume.

Ces diverses manipulations ont été faites au laboratoire de Biologie générale de M. le professeur Roule.

CHAPITRE III

Pronostic

« Le pronostic de tels arrachements est assez sérieux, dit Staude, mais plus favorable que celui des autres déchirures de l'utérus.

« Sur onze cas à issue connue, il y a eu trois morts et deux péritonites puerpérales qui ont guéri. Quelques malades se sont rapidement rétablies. »

Hauselmann note trois morts par péritonite septique sur vingt-et-un cas cités dans sa thèse. Il ajoute : « J'ai aussi les détails d'un cas de Kiwisch et d'un autre de Lever avec péritonite mortelle. Mais il ne me semble pas permis d'en tirer des conclusions sur la bénignité ou la malignité du pronostic. En effet, ces cas proviennent de l'époque pré-antiseptique et l'on ne sait s'il faut rendre responsable le traumatisme, la longue durée de l'accouchement ou l'intervention thérapeutique... Dans le cas de Streng, on trouva à l'autopsie, dans le vagin, de nombreux fragments dus à la nécrose par compression, et, dans le canal cervical, des déchirures longitudinales et trans-

versales, de sorte qu'on pouvait penser à une péritonite par propagation. »

D'ailleurs, l'hémorragie est habituellement peu considérable, comme le remarque Staude, qui mentionne une seule exception : celle du cas relaté par Scott. « La cause, dit Staude, en est probablement que les parties arrachées sont fortement tendues pendant l'accouchement et comprimées par la tête qui descend. »

« L'hémorragie, dit à son tour Hauselmann, est le plus souvent insignifiante ou même absente, sauf un cas, où l'on voit qu'elle peut devenir plus considérable. L'absence d'hémorragie s'explique par ce fait que seules les petites branches externes de l'artère utérine sont intéressées. »

Peu ou point l'hémorragie, c'est, en effet, ce que l'on note habituellement.

En somme, le pronostic immédiat est plutôt favorable : le pronostic tardif ou " fonctionnel " comme l'appelle Hauselmann, ne l'est pas moins.

« La perte de substance, observe cet auteur, se cicatrise pendant la puerpéralité. Le vagin est attiré vers le col par la cicatrice, et il peut même se former une sorte de lèvre. » (Obs. IV.)

Mais, relativement aux accouchements ultérieurs, ce pronostic est plus ou moins bénin. Staude rapporte un avortement, sans explication. Hauselmann cite un cas où « on fut obligé, lors de l'accouchement qui suivit, de faire des incisions des deux côtés dans le bord cicatriciel de l'orifice interne, à la suite de quoi

la dilatation se fit rapidement et l'accouchement s'acheva normalement ».

Notre observation VII s'accompagne d'un épilogue plus heureux encore que celui du cas ci-dessus, et qui trouve ici sa place.

Le voici exposé en détail dans l'observation qui suit, recueillie à la Clinique d'Accouchements de la Faculté de Toulouse.

OBSERVATION VIII

La nommée X..., âgée de 27 ans, secondipare (c'est celle qui a présenté en octobre 1900 l'incident de l'arrachement circulaire du col), vient à la Clinique, le 17 décembre 1901. Les dernières règles remontent au 17 mars ; les premiers mouvements actifs ont été perçus fin août.

L'abdomen présente le développement normal correspondant à une grossesse au huitième mois. Le fond de l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. La tête est légèrement amorcée, fléchie ; le siège au fond de l'utérus, le dos à droite et en arrière, les petits membres à gauche et en avant. Pendant la palpation, quelques contractions non douloureuses, mais assez prolongées. Les bruits du cœur fœtal sont normaux ; le maximum est entendu à droite de la ligne médiane, un peu en arrière et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, on reconnaît que le col n'existe pas. L'orifice

interne, seul persistant, présente une dilatation de 1 centimètre environ, à 3 heures du soir. Les bords de l'orifice sont épais et irréguliers. Celui-ci est situé un peu à gauche de la ligne médiane : la perte de substance est surtout sensible à gauche ; on sent deux encoches sur le pourtour ; l'une, notablement plus profonde que l'autre, est située à gauche et en arrière ; l'autre est à gauche et un peu en avant ; une troisième peu accusée est perçue à droite et en avant. La portion antérieure du bord orificiel forme une sorte de frange menue, on la compare à un petit museau (?) Les contractions utérines se poursuivent sans douleurs. La poche des eaux, petite, bombe déjà assez fortement pendant les contractions.

Dans l'intervalle, en déprimant légèrement les membranes, on arrive sur l'extrémité céphalique située à la partie supérieure de l'excavation. La suture sagittale est parallèle au diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure est à droite et en arrière, l'antérieure se trouve à gauche et en avant. La tête est petite, mal ossifiée, mal fléchie...

Les contractions utérines se succèdent plus fréquentes, mais ne deviennent douloureuses que vers 6 à 7 heures du soir. De 7 à 8, elles sont cependant peu intenses ; la dilatation reste à peu près stationnaire. On note un léger œdème des bords orificiels et surtout du petit bourrelet antérieur.

On donne des injections chaudes. Les contractions ne tardent pas à devenir graduellement plus intenses. A 10 heures et demie, l'orifice présente une dilatation

de 2 centimètres et demi. A ce moment, l'œdème a déjà disparu. Les contractions sont encore peu douloureuses. Les membranes se rompent spontanément.

La rotation interne de la tête commence cinq minutes après et s'effectue complètement en dix minutes. La tête est encore dans l'excavation et n'appuie pas sur le plancher périnéal. Les contractions, toujours peu douloureuses, sont bien rythmées. La paroi antérieure du vagin, très abaissée, vient faire saillie à l'orifice vulvaire. (Le périnée présente une déchirure ancienne qui n'a pas repris, jusqu'à 1 centimètre de l'anus.)

A 1 heure 15, la dilatation est complète, A 1 h. 30, l'expulsion est terminée sans incident. L'enfant, en bon état, pèse 2 kilos 700. La délivrance se fait normalement par expression et traction vingt minutes après. Le placenta était assez rapproché du segment inférieur. (Hauteur minima des membranes, 9 centimètres et demi.)

Les suites de couches sont normales, à part des coliques et de la diarrhée bientôt réprimées. Montée du lait assez intense le troisième jour; sécrétion abondante les jours suivants. L'enfant se nourrit bien. La mère est cependant anémiée, maigre, et accuse une douleur aux épaules pendant les tétées. L'enfant, à partir des cinquième et sixième jours, prend 70 à 80 grammes de lait à chaque tétée. Son abdomen ayant de la tendance à devenir un peu gros, avec une légère circulation supplémentaire, on diminue la quantité de lait.

La mère quitte la Clinique le dixième jour, malgré les conseils qui lui sont donnés, en bon état cependant ainsi que l'enfant.

Le tissu cicatriciel, dans le cas que nous venons de citer, faisait-il complètement défaut après une réunion par première intention des tissus lacérés dans le premier acccuchement? Peut-être; ou bien, étant de date récente, a-t-il été seulement ramolli avec une plus grande facilité par la deuxième grossesse survenue peu après la première?

Notons ici une remarque de M. Commandeur, dans une commnnication à la Société des Sciences médiles de Lyon, dans la séance de décembre 1901, au sujet d'un cas de sclérose cicatricielle du col, due à à un accouchement antérieur.

« Le pronostic et la difficulté de l'accouchement sont subordonnés, dans ces cas, à la hauteur et la profondeur du tissu cicatriciel. Lorsqu'il occupe, ce qui est le plus habituel, la partie intra-vaginale du col, la section, à l'aide des ciseaux, rend la dilatation facile et l'opération est sans danger. Mais, lorsqu'il occupe la partie sus-vaginale, l'opération devient plus grave, car elle peut donner lieu à des hémorragies considérables. » (l'*Echo médical de Lyon*, 15 janvier 1902)

Dans le cas cité par M. Commandeur, le tissu cica-

triciel, peu élevé, avait cédé à la simple pression du doigt ; un noyau ayant sauté, la dilatation s'accentua.

Mais ce que nous avons dit jusqu'ici du pronostic des arrachements cervicaux se rapporte à la mère. Or, s'il est assez favorable à celle-ci, le pronostic est plutôt fâcheux pour l'enfant.

Dans la statistique de M. Hauselmann, un tiers des enfants a subi la perforation ou la basiotripsie ; quelques-uns étaient déjà morts, car dans cette longueur interminable du travail, l'asphyxie est le principal danger. Ainsi, dans l'observation de cet auteur que nous avons citée, l'enfant est asphyxié et ne peut être ranimé. L'observation de Staude se termine aussi par l'expulsion d'un enfant mort.

La longueur du travail est donc plus souvent fatale à l'enfant, aussi a-t-on essayé par des moyens divers de l'abréger. « Dans ces cas de lente dilatation de l'orifice, dit M. Hauselmann, on recommandait autrefois les injections vaginales tièdes, les bains de vapeur locaux, l'application de pommades narcotiques, les lavements tièdes, simples ou médicamenteux, l'opium ou l'ipéca, les saignées, etc. Il est douteux que ces moyens fussent effectifs. La dilatation manuelle est plus efficace, bien que le procédé, usité naguère, soit tombé en désuétude. A notre époque d'antisepsie, il est préférable de faire des incisions radiaires multiples. Elles n'ont pas besoin d'être aussi profondes que les ruptures congénitales spontanées, et, par con-

séquent, saignent moins ; comme les bords de ces incisions sont nets, elles guérissent rapidement. »

Ces petites incisions sur le pourtour de l'orifice seraient peut-être, en effet, le procédé de choix qui permettrait au moins l'application du forceps. Mais auparavant on peut, avec quelque espoir, essayer les grands bains, le laudanum, le chloral, le chloroforme pour permettre la manœuvre qui consiste à remonter avec le doigt la partie fœtale, l'introduction de ballons, opération parfois impossible si la tête est trop exactement coiffée par le col.

Nous ne ferons pas un chapitre pour dire que le traitement des arrachements circulaires se résume dans l'antisepsie vaginale.

M. C. Hauselmann, que nous avons largement cité au cours de cette étude, parce que nous ne croyons pas que sa thèse très documentée ait jamais été traduite en français, nous fournira cette dernière citation : « Dans l'arrachement total on n'a fait que des lavages antiseptiques du vagin. Dans l'arrachement incomplet on abandonnait autrefois le cas à lui-même, de sorte qu'au bout de quelques jours la partie arrachée, mal nourrie, s'éliminait. A l'époque actuelle on l'enlève aux ciseaux... Les observations rapportées montrent que l'hémorragie nécessite rarement une intervention... La suture n'est pas à recommander,

car les fils ne tiendraient pas dans le tissu traumatisé. ... Le mieux est d'enlever le lambeau ; on évite ainsi la putréfaction et on reconstitue un col qui a grande tendance à reprendre la forme normale de l'organe. »

CONCLUSIONS

I. — L'arrachement circulaire du col utérin est un accident apparemment fort rare, et il ne se produit guère qu'à la suite d'un travail très lent ou d'une dilatation longtemps stationnaire. On doit surveiller surtout l'œdème du col qui en est le premier phénomène. Car si l'accident susdit est généralement d'un pronostic assez bénin pour la mère, il se produit dans des circonstances qui amènent toujours un état de souffrance plus ou moins accusé de l'enfant.

II. — Il résulte des divers examens microscopiques publiés antérieurement et de celui que nous avons pratiqué nous-même, que le tissu noble de l'organe est absolument normal, que les altérations notées sont seulement secondaires et consécutives à une infiltration sanguine et œdémateuse de la région.

III. — Les suites sont d'ailleurs plutôt favorables, pour ce qui regarde la mère, moyennant une antisepsie rigoureuse.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
CAUBET.

Vu : *Le Doyen*,
CAUBET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 5 mars 1902.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — *Précis d'Obstétrique.*

Tarnier. — *Traité d'accouchement.*

Staude. — *Beitrage zur Geburtshülfe und Gynakologie.* Berlin 1872. t. 1, chap. III.

C. Hauselmann. — *Uber die circularen Abreissungen der normalen Vaginalportion wahrend der Geburt.* Thèse de Berne, 1889.

Wallich. — Société anatomique de Paris. Février 1890

— Société obstétricale et gynécologique. Février 1890.

— Société obstétricale de France. Avril 1893.

Bouffe de Saint-Blaise. — Société anatomique de Paris. Janvier 1890.

Porak. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique.* Juin 1890.

Maygrier. — *Semaine Médicale.* Paris 1891. XI.

— Cliniques 1893.

Coriveaud. — *Etiologie et Pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les Primipares.* Th. de Bordeaux 1899.

Karl Heil. — *Kongenitale Einrisse an der Cervix uteri.* Centralblatt für Gynakologie, Leipzig, 14 mai 1898, N° 19, IV.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos..... 7
Introduction..... 11
I. Symptomatologie..... 13
II. Pathogénie et anatomie pathologique..... 36
III. Pronostic et traitement..... 53
Conclusions..... 62
Index bibliographique..... 63

Toulouse. — Imprimerie Saint-Cyprien.

OBSERVATION VII

Aspect du lambeau arraché.

(*Grandeur exacte*).

Cliché de l'auteur.